

III.2.2. Omówienie wyników badania opinii profesjonalistów

Katarzyna Szczerbińska

III.2.2.1. Opieka nad osobą starszą, która doznała upadku

Opis przypadku

Kobieta w wieku 83 lat, która jest wdową i nie ma dzieci, mieszka samodzielnie na czwartym piętrze budynku wielorodzinnego. Uzyskuje niskie docho-

dy. Przed rokiem przeszła badania w związku z nasilającymi się zaburzeniami chodu. Sześć miesięcy temu upadła. Sąsiadka znalazła ją w domu leżącą na podłodze, zdezorientowaną i uskarżającą się na silny ból. Wezwano pomoc. Ze względu na silny ból i dezorientację była konsultowana lub przebywała w różnych placówkach, by w końcu wrócić do domu, gdzie opiekę nad nią sprawowały określone instytucje ochrony zdrowia. Po powrocie do zdrowia znów mieszka samodzielnie i jest ogólnie zadowolona, chociaż nie tak sprawna, jak dawniej. Wychodząc z domu, zwykle korzysta z laski.

Rekonstrukcja postępowania

W Polsce przyjmuje się kilka wyznaczników ubóstwa, między innymi minimum egzystencji, socjalne lub dochód uprawniający do pomocy społecznej. Według zaproszonych do badania przedstawicieli różnych zawodów za osobę biedną można jednak uznać taką, która ma dochody netto najczęściej w zakresie 400–700 PLN (tzn. nie wyższe niż 700 PLN) i musi dokonywać wyboru w zakresie realizacji podstawowych opłat (tj. na jedzenie, leki i mieszkanie). Opisana powyżej kobieta (jak każda osoba powyżej 75. r.ż.) obligatoryjnie otrzymuje zasiłek pielęgnacyjny w wysokości ok. 150 PLN².

Osoba taka w opinii badanych zwykle korzysta ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej na podobnych zasadach, jak inne osoby ubezpieczone, tzn. w razie problemów ze zdrowiem zgłasza się do lekarza rodzinnego i pielęgniarki rodzinno-środowiskowej (do których wcześniej złożyła deklarację). Lekarz rodzinny otrzymuje stawkę kapitacyjną przemnożoną przez wskaźnik 1,7 dla osób powyżej 65. r.ż., co ma go zachęcać do opieki nad osobami starszymi. W przypadku zaburzeń chodu osoba starsza zwykle zgłasza się do lekarza rodzinnego, który wystawia skierowanie na badania i konsultacje specjalistów w poradni neurologicznej, rehabilitacyjnej, chirurgicznej i/lub reumatologicznej. Nie ma pewności, czy i w jakim stopniu lekarz rodzinny diagnozuje zaburzenia chodu.

Po upadku samotnie mieszkająca osoba najczęściej znajdowana jest w domu przez sąsiadów, rodzinę lub znajomych. Według uczestników badania, jeśli upadkowi towarzyszy silny ból i zaburzenia świadomości (np. w postaci dezorientacji), z reguły wzywane jest pogotowie ratunkowe i pacjent jest zawożony karetką na izbę przyjęć do pełniącego ostry dyżur szpitala rejonowego (tzn. szpitala o I stopniu referencji). Tam podlega obserwacji przez okres nie dłuższy niż 24 godziny. Jeśli lekarz stwierdzi potłuczenie (objawiające się występowaniem krwiaków) bez złamania kości i poważnych konsekwencji urazu, zaleźnie od rozpoznania opisywana kobieta zostaje umieszczona na oddziale chorób wewnętrznych, gdzie pozostaje przez 1–3 dni, a następnie wypisywana jest do domu, lub po wykonaniu w izbie przyjęć niezbędnych badań od razu wypisywana jest do domu.

² Do roku 2004 zasiłek był wypłacany automatycznie, obecnie wymagane jest złożenie odpowiedniego wniosku.

Jeśli po wypisie ze szpitala samotnie mieszkająca osoba starsza nie jest w stanie wychodzić z domu, musi używać balkonika i wymaga pomocy w zakresie higieny osobistej, to może ona zgłosić się do pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, pracownika socjalnego lub lekarza rodzinnego. Lekarz wystawia zaświadczenie o stopniu niesprawności i potrzebie pomocy w zakresie higieny osobistej, a pracownik socjalny przyznaje pomoc opiekunki środowiskowej w zakresie usług gospodarczych (tj. zakupy, sprząatanie, gotowanie, pranie) oraz opiekunki lub pielęgniarki w zakresie pielęgnacji podstawowej (kąpanie, karmienie, ubieranie)³. Odpłatność za tego rodzaju świadczenia zależy od wysokości dochodów osoby starszej. Lekarz rodzinny ponadto wystawia wniosek o zaopatrzenie ortopedyczne (tj. balkonik i łaskę, które są częściowo refundowane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego). Sprzęt rehabilitacyjny czasem można pożyczyć w nielicznych wypożyczalniach.

Pielęgniarka środowiskowa po zgłoszeniu się do niej pacjenta samodzielnie ocenia sytuację i podejmuje decyzję o realizacji świadczeń w zakresie pielęgnacji podstawowej. Opiekę realizuje bezpłatnie, w ramach systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Opisywana w tym przykładzie osoba nie ma rodziny. Gdyby ją miała, rodzina miałaby duży (80%) udział w opiece i w podejmowaniu decyzji. Czasem w opiece pomagają też sąsiedzi.

W przypadku problemów zdrowotnych zasadniczo opiekę sprawują lekarz i pielęgniarka w swoich zakresach, ewentualnie fizjoterapeuta na zlecenie lekarza. Według opinii zaproszonych do badania osób:

- pacjent ma jednak bardzo ograniczony dostęp do fizjoterapii domowej i najczęściej korzysta z niej odpłatnie, zamawiając prywatną wizytę fizjoterapeuty (w omawianym przypadku osoby biednej fizjoterapia domowa jest realizowana sporadycznie);
- dostęp do ośrodka/przychodni rehabilitacyjnej jest utrudniony z powodu braku transportu (trudności z dotarciem do placówki) i długiej, zwykle kilku-miesięcznej kolejki do zabiegów;
- najpewniej taka osoba może być po umówieniu terminu umieszczona w szpitalnym oddziale rehabilitacyjnym, przy czym terminy są bardzo odległe (wielomiesięczne).

Zdecydowaną większość świadczeń w ramach opieki medycznej w roku 2000 finansowała kasa chorych (a od 2003 roku – Narodowy Fundusz Zdrowia). Dotyczy to kosztów opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, a także częściowo zaopatrzenia ortopedycznego, rehabilitacji i leków. W opinii badanych, z powodu utrudnionego dostępu do świadczeń pacjent w dużej mierze sam pokrywa koszty rehabilitacji.

³ Raport przedstawia stan z roku 2000. W ostatnich latach pielęgniarki stopniowo wypierane są z pomocy społecznej. Docelowo mają one być zastąpione przez opiekunki. Wobec braków kadrowych są jednak nadal często zatrudniane na etatach opiekunek. Od roku 2004 usługi udzielane w ramach pomocy społecznej dzielone są na opiekuńcze (dawniej zwane gospodarczymi) i opiekuńcze specjalistyczne, w których skład wchodzi usługi pielęgnacyjne, terapia zajęciowa, fizjoterapia, psychoterapia i porady prawne.

Osoby niepełnosprawne mogą również starać się o pomoc ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacyjnego Osób Niepełnosprawnych. Zarówno ośrodek pomocy społecznej (ze środków gminy), jak i PFRON dofinansowują zaopatrzenie ortopedyczne, sprzęt rehabilitacyjny i pomocniczy, np. materace przeciwoślizgowe. Z kolei koszty pomocy realizowanej przez opiekunki środowiskowe i pielęgniarki, przyznawanej na wniosek pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej, opłacane są ze środków gminy lub przez pacjenta (jeśli nie spełniania on kryterium dochodowego uprawniającego do pomocy społecznej).

Uczestnicy badania szczegółowo opisali sposób postępowania w przypadku niegroźnego urazu w wyniku upadku osoby starszej. Podkreślili przy tym kilka problemów natury ogólnej związanych z opieką nad osobą starszą:

1. Niedoinformowanie osób starszych na temat przysługujących im form pomocy. Z jednej strony potencjalni klienci pomocy społecznej wstydzą się pytać o formy pomocy, z drugiej strony – pracownicy socjalni reagują tylko w razie zgłoszenia problemów przez osobę starszą lub rodzinę, sąsiadów i pracowników opieki zdrowotnej. Pracownicy socjalni nie mają obowiązku penetrować środowiska w poszukiwaniu osób potrzebujących ich pomocy. Działają dopiero po zgłoszeniu, że ktoś takiej pomocy potrzebuje.

2. Bardzo często pracownicy opieki zdrowotnej (lekarz, pielęgniarka i inni) nie są wystarczająco poinformowani o formach opieki, jaką może świadczyć pomoc społeczna na rzecz osoby starszej.

3. Pracownicy pomocy społecznej i pielęgniarki środowiskowe nie współpracują ze sobą wystarczająco.

4. Świadczenia z zakresu podstawowej pielęgnacji często są realizowane przez pielęgniarki środowiskowo-rodzinne (zatrudniane w opiece zdrowotnej) i pielęgniarki oraz opiekunki zatrudniane przez instytucje pomocy społecznej, co powoduje nakładanie się ich zakresów działania.

5. Rehabilitacja środowiskowa jest bardzo słabo rozwinięta i praktycznie istnieje tylko w formie sporadycznych lokalnych inicjatyw oddolnych. Kasy chorych (obecnie NFZ) rzadko kontraktują tego typu świadczenia, chociaż potrzeby w tym zakresie są ogromne.

6. Czas oczekiwania na przyjęcie do rehabilitacji ambulatoryjnej lub szpitalnej zwykle jest bardzo długi (do kilku miesięcy).

III.2.2.2. Opieka nad osobą chorą na otępienie

Opis przypadku

Drugi przypadek dotyczył mężczyzny w wieku 79 lat, który mieszkał tylko z żoną i od siedmiu lat miał objawy otępienia. Na tym przykładzie prześledzono kolejne etapy postępowania z pacjentem chorym na otępienie, zależnie od sta-

dium choroby, włącznie z umieszczeniem chorego w placówce opiekuńczej i opieką sprawowaną tam do końca jego życia.

Rekonstrukcja postępowania

Według uczestników badania osoba z pierwszymi oznakami pogorszenia funkcji poznawczych (objawami demencji) najpierw udaje się do lekarza rodzinnego, który kieruje ją na dalsze badania do neurologa lub psychiatry (w przypadku tego ostatniego nie jest wymagane skierowanie) w celu postawienia ostatecznej diagnozy. Zdarza się też, że chorzy i ich rodziny korzystają z prywatnych porad lekarzy specjalistów.

We wczesnym etapie choroby rodzina najczęściej sama opiekuje się chorym. Może wprowadzić zwrócić się do ośrodka pomocy społecznej, gdzie w przypadku niesprawności (niekoniecznie spowodowanej demencją) osoba chora może otrzymać zasiłek i pomoc bezpłatną lub odpłatną, zależnie od wysokości dochodów⁴, ale często nie wie o tym. Należy podkreślić, że we wczesnej fazie demencji stopień niesprawności chorego może nie być dość znaczny, by dawać podstawy do starania się o usługi opiekuńcze. Poważnym ograniczeniem jest również niski próg dochodów uprawniający do otrzymania pomocy. Ostatecznie, osoby we wczesnym stadium otępienia praktycznie nie uzyskują pomocy, poza prywatnie opłaconą opiekunką. Rodzina może natomiast otrzymać bezpłatną opiekę w formie konsultacji lekarskich. Z kolei terapia grupowa dla opiekunów osób chorych na otępienie prowadzona jest tylko sporadycznie (w ramach takich akcji, jak programy naukowe czy też działania organizowane np. przez Stowarzyszenie Rodzin Chorych na Chorobę Alzheimera).

Na nieco bardziej zaawansowanym etapie choroby zwykle lekarz informuje rodzinę o postępie procesu chorobowego i możliwości udania się do psychiatry po orzeczenie w celu ubezwłasnowolnienia osoby chorej na demencję. Po przedłożeniu odpowiednich dokumentów sąd orzeka o ubezwłasnowolnieniu, co w dalszym ciągu umożliwia podejmowanie decyzji, m.in. odnośnie do umieszczenia w placówce opiekuńczej. Należy jednak podkreślić, że rodziny bardzo rzadko decydują się na przeprowadzenie takiej procedury.

Każda osoba powyżej 75. r.ż., bez względu na stan zdrowia, otrzymuje zasiłek pielęgnacyjny wysokości ok. 150 PLN miesięcznie⁵. Ponadto na każdym etapie choroby rodzina może złożyć wniosek do ośrodka pomocy społecznej o zasiłek lub pomoc usługową w formie świadczeń opiekuńczych (w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego i pielęgnacji podstawowej) lub usług opiekuńczych specjalistycznych (tj. fizjoterapii, psychoterapii, terapii zajęciowej). Pracownik socjalny na podstawie wywiadu środowiskowego ocenia sytuację materialną takiej osoby. Natomiast o stopniu niepełnosprawności (tzw.

⁴ W roku 2000 zasiłek lub bezpłatną pomoc usługową mogły otrzymać tylko osoby niesprawne, zwłaszcza pozbawione pomocy rodziny, samotnie gospodarujące, uzyskujące dochód netto poniżej 401 PLN lub mieszkające z rodziną, ale o przeciętnym dochodzie netto poniżej 364 PLN.

⁵ Stan na rok 2000.

orzecznictwo do celów nierentowych) orzeka specjalna komisja przy ośrodku pomocy społecznej. Nieprawność osoby starszej i trudna sytuacja rodziny, która nie może zapewnić opieki, uprawniają do uzyskania pomocy usługowej (odpłatnej całkowicie lub częściowo). Trudna sytuacja materialna decyduje w takim przypadku o wielkości dofinansowania ze środków pomocy społecznej.

Gdy pacjent traci zmysł orientacji, nie może trafić do domu, wstaje w nocy i błąka się po mieszkaniu, opieka nad nim staje się coraz trudniejsza. Wówczas rodzina może zwrócić się ponownie o przyznanie opiekunki środowiskowej lub pielęgniarki w ramach pomocy społecznej. Jednak na tym etapie rozważa się również: umieszczenie chorego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (ZOL), zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym (ZPO) lub w domu pomocy społecznej dla przewlekłe chorych (DPS). Zazwyczaj lekarz rodzinny (lub inny, np. neurolog, psychiatra, zależnie od wyboru przez rodzinę lekarza prowadzącego i dostępu do specjalistów) wraz z pielęgniarką oceniają sytuację i sugerują konieczność umieszczenia w placówce opiekuńczej. Decyzję o umieszczeniu podejmuje jednak chory, a jeśli nie jest w stanie jej podjąć, decyduje o tym rodzina lub opiekun prawny. W pewnych wypadkach sąd postanawia o umieszczeniu chorego w DPS bez jego zgody, w czym pośredniczy miejski lub gminny ośrodek pomocy społecznej. Placówkę opiekuńczą wybiera rodzina. Czas oczekiwania (do kilku miesięcy) na przyjęcie jest różny, zależnie od zakładu.

Koszty pobytu w wymienionych placówkach opiekuńczych pokrywane są częściowo przez pacjenta, częściowo przez pomoc społeczną i kasę chorych (od 2003 roku NFZ). Koszty świadczeń medycznych zasadniczo pokrywa ubezpieczenie zdrowotne, na ogólnie przyjętych zasadach. Stopień partycypacji pacjenta w kosztach zależy od typu placówki opiekuńczej:

- W ZOL i ZPO pacjent ponosi tylko koszty hotelowe do wysokości 250% najniższej emerytury, ale nie więcej niż 70% swoich dochodów w rozumieniu przepisów pomocy społecznej⁶.
- Mieszkaniec DPS płaci za lekarstwa pełnopłatne i refundowane do wysokości limitu, podobnie jak osoby mieszkające we własnym domu, oraz koszty hotelowe do wysokości 70% dochodów (w roku 2000)⁷.
- W prywatnych placówkach opiekuńczych pacjent ponosi całkowite koszty hotelowe i częściowo koszty leczenia.

⁶ Zgodnie z art. 34a, wprowadzonym artykułem 1 p. 43 Ustawy z dnia 20 czerwca 1997 roku o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U., 1997, Nr 104, poz. 661): Osoba przebywająca w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, osoby przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym.

⁷ Zasady przedstawione w przypisie 6 zmieniły się w roku 2004, zwiększając maksymalną płatność do wartości realnych kosztów pobytu w DPS, jednak nie więcej niż 70% miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, osoby przebywającej w DPS. Rodzina została zobowiązana do większej partycypacji w kosztach pobytu krewnego w placówkach opiekuńczych, o czym wspomniano w rozdziale II.11.

● Ponadto rodzina w sposób dobrowolny partycypuje w części kosztów leczenia, dożywiania i innych.

W placówce opiekuńczej opiekę nad obłożnie chorym sprawuje, zależnie od miejsca umieszczenia: lekarz rodzinny oraz zespół interdyscyplinarny składający się z pielęgniarek, opiekunek DPS, terapeutów zajęciowych, fizjoterapeutów, pracowników socjalnych i ewentualnie psychologa (jeśli pacjent przebywa w domu pomocy społecznej) lub lekarz zatrudniony w ZOL, ZPO, pielęgniarka oraz fizjoterapeuci i inni terapeuci, zależnie od profilu zakładu (jeśli pacjent przebywa w ZOL lub ZPO).

Decyzje o zastosowaniu zabiegów przedłużających życie podejmuje lekarz po uzgodnieniu z rodziną. Gdy nie ma rodziny, decyzje takie podejmowane są przez lekarza lub pielęgniarkę i zwykle zmierzają w kierunku podtrzymywania czynności życiowych. Dotyczy to również żywienia przez sondę (złębnik nosowo-żołądkowy). W Polsce zazwyczaj nie angażuje się przedstawicieli prawa, etyków lub sądu w podejmowanie decyzji odnośnie do procedur przedłużających życie osobom chorym na otępienie. Zasadniczo działania lecznicze prowadzone są do końca życia chorego. Pacjenci cierpiący na starczą demencję zwykle umierają we własnych domach, w placówkach opiekuńczych (tj. ZOL, DPS) lub w szpitalach.

W podsumowaniu uczestnicy badania podkreślali, że rodziny osób otępiatych nie mają wystarczającego wsparcia, co przejawia się:

- niedoinformowaniem na temat przysługujących im form pomocy społecznej i opieki zdrowotnej;
- brakiem szkoleń przygotowujących do opieki nad osobą otępiatą;
- brakiem pomocy psychoterapeutycznej w celu wsparcia psychicznego;
- brakiem systemowych rozwiązań odciążających opiekunów (nie ma instytucji typu *respite care*⁸) [Szczerbińska, Czabanowska, 2004b].

Należy zaznaczyć, że motywacja rodzin do opieki nad osobami otępiatymi nie zawsze jest pozytywna i zależy od wielu czynników. Rodziny nie podejmują opieki między innymi dlatego, że nie wiedzą, jak ją sprawować, lub nie mogą zrezygnować z pracy, by się chorym opiekować, a pracując, nie potrafią jej zorganizować. Czasem opiekują się, ponieważ liczą na dochód osoby starszej (emeryturę lub rentę), który w rejonach o dużym bezrobociu często jest jedynym źródłem utrzymania dla rodzin.

⁸ W niektórych krajach Europy Zachodniej, np. w Wielkiej Brytanii, pacjenci zabierani są raz na tydzień do dziennego ośrodka opiekuńczego, w celu odciążenia rodziny i umożliwienia jej przerwy w opiece, co nazywane jest *respite care*.

III.2.2.3. Opieka nad zniedołężniałą osobą, która wymaga umieszczenia w domu pomocy społecznej

Opis przypadku

Kolejny przypadek dotyczył 92-letniej, niedołężnej kobiety (bez dolegliwości i konkretnej choroby), która mieszkała samotnie i nie wychodziła z domu w ciągu roku przed umieszczeniem jej w domu pomocy społecznej. W czasie tego roku opiekowały się nią różne osoby, a po zamieszkaniu w placówce opiekuńczej otrzymała różne świadczenia. Uczestnicy badania zostali poproszeni o opisanie opieki realizowanej w stosunku do przedstawionej osoby w okresie jej zamieszkiwania w środowisku domowym, jak również w placówce opiekuńczej.

Rekonstrukcja postępowania

Pytani pracownicy opieki zdrowotnej i pomocy społecznej stwierdzili, że mieszkająca samotnie, bardzo zaawansowana wiekiem, niedołężna osoba może otrzymać pomoc domową w formie usług opiekuńczych (w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego i podstawowej pielęgnacji) realizowanych przez opiekunkę środowiskową lub czynności gospodarczych wykonywanych przez sąsiadów (przy założeniu, że nie ma rodziny). Opieka medyczna nad tego typu pacjentem jest prowadzona przez lekarza rodzinnego i pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną (w zakresie pielęgnacji podstawowej i zabiegowej). Decyzja o umieszczeniu w DPS dla osób starszych podejmowana jest, gdy osoba starsza nie jest już w stanie mieszkać sama. Zasady płatności za pobyt w domu pomocy społecznej wyjaśniono powyżej.

Standardy opieki w tego typu placówce zostały określone w odpowiednich aktach prawnych⁹. Do zadań statutowych domu pomocy społecznej należą: sprawowanie opieki i pielęgnacji, prowadzenie rehabilitacji, terapii zajęciowej i pracy socjalnej oraz rozwiązywanie psychicznych problemów mieszkańców. Ponadto DPS ma umożliwić mieszkańcowi dostęp do opieki zdrowotnej w zakresie gwarantowanym mu przez powszechne ubezpieczenie zdrowotne (PUZ), tzn. opiekunowie w DPS wzywają lekarza rodzinnego lub zapewniają mieszkańcowi transport na konsultacje lekarskie oraz badania specjalistyczne i diagnostyczne. Kontrolę jakości opieki i przestrzegania odpowiednich norm i przepisów w domu pomocy społecznej prowadzi wojewoda właściwy ze względu na siedzibę.

W domach pomocy społecznej nie ma systemowych rozwiązań w zakresie promocji zdrowia, które by nakładały obowiązek wykonywania określonych badań przesiewowych, szczepień, instruktaży i działań zapobiegawczych

⁹ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 maja 1997 roku w sprawie poziomu obowiązujących świadczeń zdrowotnych w domach pomocy społecznej (Dz U., 1997, Nr 61, poz. 390).

w przypadku osób starszych. Z drugiej strony, lekarz i pielęgniarka w ramach swoich kompetencji zawodowych promocję zdrowia mają wpisaną jako zadanie i realizują ją w różny sposób. Należy mieć na uwadze również to, że osoby starsze, zwłaszcza przebywające w placówkach opiekuńczych, często nie są przekonane co do zasadności podejmowania działań promujących zdrowie (takich jak: ćwiczenia usprawniające, zmiana diety, rzucenie nałogu palenia papierosów) i nie są wystarczająco zmotywowane do realizacji takich zaleceń.

W przypadku domów pomocy społecznej nie ma zatem regulacji prawnych, które narzucałyby formę promocji zdrowia. Standaryzacja domów pomocy społecznej nakłada jednak wymóg prowadzenia indywidualnego planu opieki mieszkańców i utworzenia zespołu opiekuńczo-terapeutycznego, który na zebraniach omawia problemy mieszkańców i wytycza plany opieki nad nimi. W ramach indywidualnego planu opieki zespół terapeutyczny prowadzi: terapię zajęciową, fizjoterapię, psychoterapię, pielęgnację, a także działania aktywizujące społecznie [Szczercińska, 1999a]. Działania te są dostosowane indywidualnie do stanu i potrzeb mieszkańca. Zwykle mają w większym stopniu charakter terapeutyczny niż profilaktyczny. W wielu placówkach jednak:

- prowadzi się terapię zajęciową w formie zajęć plastycznych, muzykoterapii, prac ręcznych, tj. haftowania, szydełkowania, wyrabiania stroików, pieczenia ciastek, głośnego czytania, śpiewania w chórze itp.;
- organizuje się spotkania towarzyskie, zabawy taneczne, wyjazdy turystyczne, zawody między domami, występy zespołów artystycznych, uroczystości z okazji Dnia Babci i Dziadka, uroczystości religijne (np. procesję w Boże Ciało, spotkania opłatkowe).

Ponadto w niektórych domach prowadzi się:

- gimnastykę ogólnie usprawniającą dla wszystkich chętnych (oprócz zabiegów fizjo- i fizykoterapii zleconych przez lekarza w celach terapeutycznych);
- ćwiczenia poprawiające wydolność oddechową;
- ćwiczenia pobudzające odbudowę tkanki kostnej.

Natomiast niezwykle rzadko podejmowane są ćwiczenia stymulujące funkcje poznawcze i w zasadzie nie ma specjalnych programów w tym zakresie dla osób z otępieniem.

Działania promocji zdrowia inicjowane są w miarę możliwości organizacyjnych i finansowych placówki i według wewnętrznie ustalonych reguł. Koszt tych działań w głównej mierze pokrywa dom pomocy społecznej, czasami także sponsorzy akcji promocji zdrowia (np. finansując szczepienia przeciw grypie, WZW typu B, badania słuchu) lub są one finansowane w ramach projektów badawczych.

Podsumowując, uczestnicy badania podkreślili, że w ciągu ostatnich kilkunastu lat znacznie poprawiły się warunki bytowe i standard opieki w domach pomocy społecznej. Na szczególną uwagę zasługuje szeroki wachlarz działań w ramach terapii zajęciowej, zmierzających do aktywizacji społecznej mieszkańców tego typu placówek. Jednocześnie zubożenie społeczeństwa jest powodem, dla którego osoby starsze w domu pomocy społecznej znajdują często zde-

cydowanie lepsze warunki życia niż w środowisku. Badani wyrażali też obawę, że (wraz z wprowadzeniem ustawy o PUZ) wyprowadzenie lekarzy ze struktury DPS może negatywnie odbić się na jakości opieki medycznej.

III.2.2.4. Opieka nad osobą starszą po udarze mózgu

Opis przypadku

Ostatni przypadek dotyczył mężczyzn w wieku 72 i 85 lat. Obaj nadal byli aktywni, wykonując wolny zawód, zamożni i otoczeni kochającą rodziną. Pewnego dnia stracili przytomność z powodu udaru mózgu. Wezwano pomoc i podjęte zostały działania diagnostyczne oraz leczenie w różnych placówkach opieki zdrowotnej, po czym mężczyźni wrócili do domu, gdzie znaleźli troskliwą opiekę rodziny.

Rekonstrukcja postępowania

Porównanie tych dwóch przypadków dowiodło braku stygmatyzacji osób bardzo starych – zasadniczo nie stwierdzono różnicy w postępowaniu. W przypadku osoby 85-letniej rokowanie co do przeżycia, wyzdrowienia i usprawnienia jest gorsze, ale wszystkie procedury są z należytą ostrożnością rozważane i podejmowane zgodnie ze wskazaniami, bez względu na wiek pacjenta.

W przypadku utraty przytomności zawsze wzywana jest karetka pogotowia ratunkowego i z reguły pacjent jest transportowany do izby przyjęć w szpitalu, który pełni dyżur. Pierwsze sześć godzin ostrego incydentu pacjent zwykle spędza w izbie przyjęć w szpitalu, zaś sześć kolejnych w oddziale obserwacyjnym lub neurologicznym lub w oddziale chorób wewnętrznych. Przez następne dwa dni przebywa w oddziale chorób wewnętrznych lub neurologii. W ciągu tych dwu dni pacjent jest badany przez internistę i neurologa, wykonywane są też badania podstawowe (tj. badania laboratoryjne krwi, radiologiczne, EKG i inne) oraz specjalistyczne badania neuroobrazujące, tj. CT (tomografia komputerowa głowy). W tym czasie pacjentem opiekują się pielęgniarki. Zależnie od zlecenia lekarza fizjoterapeuci wykonują pierwsze zabiegi [Szczercińska, Nowak, Gindin, 2004]. W przypadku udaru niedokrwinnego zabiegi rehabilitacji podejmowane są bardzo wcześnie (w pierwszym lub drugim dniu), jeśli tylko stan pacjenta na to pozwala. W przypadku udaru krwotocznego rehabilitację zaczyna się dopiero po upływie trzech tygodni.

Począwszy od dziewiątego dnia, gdy minęła ostra faza udaru i nie stwierdzono żadnych powikłań (stan pacjenta poprawił się do tego stopnia, że może on siedzieć, jeść z pomocą innej osoby i porozumiewać się gestami), chory zwykle przenoszony jest do oddziału chorób wewnętrznych lub pozostaje nadal w oddziale neurologicznym. W miarę poprawy jego stanu może nadal pozostawać w dotychczasowym oddziale, ale najczęściej w dwudziestym dniu leczenia

przebywa w oddziale rehabilitacji lub oddziale dla przewlekle chorych, gdzie prowadzona jest rehabilitacja, zwykle w zakresie przedstawionym w tabeli III.2.1. Ostatecznie w ciągu miesiąca pacjent jest wypisywany do domu.

Tabela III.2.1

Przeciętny zakres i finansowanie zabiegów rehabilitacji pacjenta po udarze mózgu (w opinii pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej)

Specjalności	Limit ilościowy usług	Limit czasowy	Finansowane przez
Fizjoterapia	10 zabiegów	2 tyg.	kasa chorych (obecnie NFZ)
Fizykoterapia	10 zabiegów	2 tyg.	kasa chorych (obecnie NFZ)
Logopeda	10 zabiegów	2 tyg.	pacjent
Psycholog	jednorazowo	–	kasa chorych (obecnie NFZ)

Jeśli pacjent w ciągu kilku miesięcy nie odzyskuje samodzielności w chodzeniu, nie kontroluje czynności fizjologicznych, opiekę nad nim w domu w 80% sprawuje rodzina, która może zwrócić się do pomocy społecznej o przyznanie odpłatnych usług opiekuńczych (w zakresie czynności gospodarczych i pielęgnacyjnych) realizowanych przez opiekunki środowiskowe. Ponadto, rodzina może starać się o wózek inwalidzki (tabela III.2.2.).

Tabela III.2.2

Rodzaje pomocy choremu po udarze mózgu przebywającemu w domu

Rodzaje pomocy	Finansowanie	Limit usług
Rodzina	Rodzina	Nie ma
Opiekunka środowiskowa	rodzina i chory (jeśli mają dochody powyżej progu uprawniającego do bezpłatnych świadczeń pomocy społecznej)	około 2 godzin dziennie, dopóki jest to konieczne (nie ma limitu)
Wózek inwalidzki	kasa chorych (obecnie NFZ) i chory/rodzina	1 wózek – limit stanowi koszt wózka
Zasilek celowy na zakup leków i leczenie oraz zasiłek okresowy w związku z niepełnosprawnością	pomoc społeczna	limit stanowi wysokość dochodów na jedną osobę w rodzinie; w przypadku omawianej rodziny dochody są prawdopodobnie wysokie i chory nie otrzyma zasiłku

Opiekę medyczną świadczą: lekarz rodzinny, pielęgniarka rodzinno-środowiskowa¹⁰ oraz fizjoterapeuta, bezpłatnie w ramach ubezpieczenia zdrowot-

¹⁰ Od 2004 roku wprowadzono nową formę opieki realizowaną przez pielęgniarke domową, która ma zajmować się pacjentami wymagającymi opieki długoterminowej.

nego, przy czym zabiegi rehabilitacji w domu pacjenta są praktycznie niemożliwe do uzyskania (tabela III.2.3).

Tabela III.2.3

Świadczenia medyczne realizowane w odniesieniu do przebywającego w domu pacjenta po udarze mózgu

Rodzaj usług zdrowotnych	Finansowanie	Limit usług
Lekarz rodzinny + podstawowe badania laboratoryjne, EKG	kasa chorych (obecnie NFZ)	bez limitu
Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna	kasa chorych (obecnie NFZ)	bez limitu
Fizjoterapeuta w przychodni	kasa chorych (obecnie NFZ)	długa lista oczekujących, trudności z dotarciem do ośrodka rehabilitacyjnego
Fizjoterapia środowiskowa w domu pacjenta	pacjent, w szczególnych przypadkach pomoc społeczna (bardzo rzadko)	bardzo słabo rozwinięta rehabilitacja środowiskowa, prawie nie istnieje
Rehabilitacja w szpitalnym oddziale rehabilitacji	kasa chorych (obecnie NFZ)	długa lista oczekujących (czas oczekiwania do kilku miesięcy)

Według badanych pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej standardy opieki w ostrej fazie udaru mózgu są powszechnie znane i realizowane we właściwy sposób. Najwięcej zastrzeżeń można mieć do rehabilitacji, zwłaszcza prowadzonej poza szpitalem. Zgodnie stwierdzono, że fizjoterapia w domu pacjenta jest dostępna praktycznie tylko odpłatnie i w rezultacie pacjenci bardzo rzadko z niej korzystają. Zapewnienie właściwej opieki domowej nad chorymi po udarze należy zatem uznać za jeden z najważniejszych obecnie problemów organizacji ochrony zdrowia w odniesieniu do osób starszych. Dotyczy to zarówno wzmocnienia opieki środowiskowej, jak i budowania wsparcia dla rodzin stale opiekujących się przewlekle chorymi. Podkreślono konieczność zwiększenia udziału organizacji pozarządowych w realizacji opieki nad niedołącznymi osobami starszymi.